1931
Lane Medical Library

Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Gießen
Direktor: Professor Dr. R. Th. v. Jaschke

Erfolge mit Chininstoß bei febrilem Abort

unter Verwendung der an der Gießener Universitäts-Frauenklinik in den Jahren 1924—1929 zur Beobachtung gelangten Fälle

Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät
der Hessischen Ludwigs-Universität
zu Gießen

vorgelegt von

Hans Baatz
aus Stolp (Pommern)

Gießen 1931

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät zu Gießen

Referent: Professor Dr. med. Schumacher

Universitätsverlag von Robert Noske in Borna-Leipzig

Seit etwa einem Jahrzehnt schon währt der Streit um die geeignetste Behandlungsweise des febrilen Abortes. Es bekämpfen sich hierin zwei Richtungen: die Aktivisten, die für eine sofortige Ausräumung eintreten, und die Anhänger der konservativen Therapie. Zu den letzteren bekennt sich die Gießener Klinik. Das aktive Vorgehen hat beim septischen Abort die große Gefahr in sich, daß es zu einer aufsteigenden Infektion kommen kann. Das von den Infektionserregern durchsetzte Gewebe ist an und für sich schon stark geschädigt; kommt nun noch ein neues Trauma hinzu, eine Verletzung bis dahin unangegriffener Partien, so ist der Kampf häufig zugunsten der Infektionserreger entschieden. Auch wird die Virulenz bereits vorhandener Keime gestärkt, wenn ihnen neue Angriffspunkte gegeben werden. Außerdem ist die Möglichkeit gegeben, daß man neue Keime auf instrumentellem Wege aus der Vagina in die Kampfeszone hinaufbringt. Schwerste septische Erscheinungen sind die Folge. Diese Gefahr liegt besonders dann nahe, wenn es sich um einen kriminellen Abort handelt, da bei ihm erfahrungsgemäß die Virulenz der invasierten Keime besonders groß ist. Bei dem Material der febrilen Aborte handelt es sich nicht zum geringen Teile um solche, die dieser Art zuzuteilen wären. Unseren Erfahrungen gemäß verhalten wir uns bei febrilem Abort mit der aktiven Therapie daher sehr zurückhaltend.

Da diese Fragen im therapeutischen Handeln fast täglich an den Kliniker und Praktiker herantreten, hat man lange nach einer anderen Behandlungsmethode gesucht. Mit gutem Resultate hat die Gießener Klinik im Verlaufe der letzten 5—6 Jahre den von der Klinik Winter, Königsberg, angegebenen Chininstoß angewandt. Näheres darüber möge an dieser Stelle folgen:

Die Indikation zum Chininstoß war gegeben, wenn bei einem fieberhaften Abort die augenblickliche Lage für die Patientin nicht lebensbedrohend war. Demnach waren Kontraindikation für Chininstoß: profuse, lebensbedrohliche Blutungen und etwaige Herzkomplikationen. In allen anderen Fällen von abortus febrilis wurde Chininstoß gemacht.

Die Darreichung des Chinins geschah stets in dreifacher, gleichzeitig zu verabfolgender Form: 0,5 ccm per os, 0,5 ccm intravenös, 0,5 ccm intramuskulär. Die Dosis von insgesamt 1,5 ccm scheint zunächst sehr hoch zu sein, und es liegt die Befürchtung eines Chininchoks nahe. Doch hat man, was in dem Folgenden noch hervorgehoben wird, nie schwere toxische Erscheinungen wahrnehmen können. Es mag dies an der verschiedenen Art der Verabreichung liegen. Die per os einzunehmende Dosis wurde in Tablettenform mit einem Schluck genommen wegen des bitteren Nachgeschmackes.

Das Vorgehen im Einzelfalle war so: Bei abortus im Gange wurde sofort der Chininstoß gemacht. Bei abortus imminens versuchte man zunächst eine konservative Behandlung. Nachdem am ersten bis zweiten Tage bei den zuletzt genannten Fällen durch Pantopon, Tinctura opii und ähnlich wirkende Mittel kein Aufhören der Blutung zu erreichen war, ging man am dritten Tage zum Chininstoß über.

Eingeleitet wird er durch einen vorherigen Pituglandolstoß. Die Gießener Klinik hat durch die Kombination von Pituglandol und Chinin beste Erfolge erzielen können. Pituglandol wird viermal 0,5 ccm in halbstündigen Abständen gegeben. Abweichungen von dieser Dosis nach oben und unten kamen vor, das richtete sich danach, in welchem Wehenbereitschafts-Zustande sich der Uterus befand. Auf die Pituglandolgabe folgt oft, aber nicht immer, und auch nicht sehr deutlich eine Reaktion des Uterus. Geringe Wehen oder wehenartige Schmerzen wurden beobachtet. Es soll auch nicht die Aufgabe des Pituglandols sein, die Ausstoßung zu bewirken, sondern die, den Uterus in Wehenbereitschaft zu setzen. Eine halbe Stunde nach der letzten Pituglandol-Injektion folgt der Chininstoß: 0,5 per os, 0,5 intravenös, 0,5 intramuskulär. Meist treten bald darauf starke Wehen auf und im Laufe von 1—6 Stunden die Ausstoßung der Frucht. Bei den Fällen, wo sich die Wehen wieder schwächer zu gestalten begannen, wurde nach dem Chininstoß noch ein zweiter Pituglandolstoß gemacht und in zwei Fällen ein nochmaliger Chininstoß. In beiden war das Resultat nach der zweiten Chiningabe positiv (siehe Fall 12 u. 44).

Die Erfolge im einzelnen waren die: In den Jahren 1924 bis 1929 wurde die Therapie in insgesamt 53 Fällen angewandt. Die Verteilung auf die verschiedenen Arten von Abortus febrilis geht aus nachstehender Tabelle hervor:

Chininstoß bei abortus febrilis, angewandt in 53 Fällen.

Sie verteilen sich wie folgt:

I.	Abortus incipiens	8 Fälle
II.	„ im Gange . . .	13 „
III.	„ incompletus I . .	16 „
IV.	„ „ II . .	16 „

Unter incompletus I sei hier ein Abort mit Retention der ganzen Plazenta verstanden, während bei incompletus II ein Abort mit Retention von Plazentarresten vorliegt.

Verteilungs-Tabelle der Aborte auf positive und negative Reaktion bei Chininstoß.

Art der Aborte	Zahl	Positive (+) Reaktion	Negative (−) Reaktion	+ %	− %
I. Abort incipiens	8	+ 6	− 2	75	25
II. Abort im Gange	13	+ 9	− 4	69	31
III. Abort incompl. I	16	+13	− 3	81	19
IV. Abort incompl. II	16	—	−16	—	100

Man kam zu einem recht interessanten und befriedigendem Ergebnis:

Abortus incipiens.

Von insgesamt 8 Fällen wirkte der Chininstoß bei 75% erfolgreich (s. Fall 8, 14, 21, 23, 31 u. 53). In 25% war das Resultat negativ (s. Fall 22 u. 24). Bei den 6 positiv reagierenden Fällen wirkte Chinin in Verbindung mit Pituglandol prompt. Ein Fall mag das erläutern.

Pat. E. P. (Fall 14) wird aufgenommen wegen seit mehreren Wochen bestehenden stärkeren Blutungen.

25. VII. Fieber 37,8—38°, Puls 100.

25. u. 26. VII. Konservative Behandlung: Tinct. opii, Pantopon. Kein Erfolg. Pat. blutet weiter, Fieber wechselnd. Gegen Abend Einsetzen verstärkter, wehenartiger Schmerzen, geringe Blutung.

27. VII. 18h. Da Abort nicht zu halten, 1 ccm Pituglandol zur Anregung der Wehentätigkeit. 19h. Chininstoß, 0,5 p.o., 0,5 i.v., 0,5 i.m. 21h. Ausstoßung des Foetus in geschlossenem Eisack.

21,35h. Plazenta wird vollständig geboren. 1 ccm Secacornin. Eisblase.

31. VII. Keine Nachblutung. Uterus gut kontrahiert. Kein Fieber. Weiteres Befinden gut.

Bei Fällen mit Fieber über 38° wurde Argochrom gegeben, 0,2/20,0 i.v., um auf die Bazillen einzuwirken und das Fieber herabzusetzen. Caseosan, 5%ige Caseinlösung i.v. als parenterale Reizkörper-Therapie wurde oft gegeben. Doch liegen hierüber keine Resultate vor. Bei den 2 Fällen von abortus incipiens, die negativ reagierten, wurde nach Entfieberung von 3 Tagen die Ausräumung vorgenommen. Digitale Lösung des Eies. Hervorzuheben ist dabei, daß auf den Chininstoß hin der Muttermund für einen Finger leicht durchgängig war. Eine Dilatation war somit nicht mehr nötig.

Bei Abort im Gange ist ein positives Resultat von 69% (s. Fall 2, 5, 7, 10, 19, 29, 34, 49 u. 51) zu verzeichnen. Die Wehen begannen meist unmittelbar auf die Chiningabe und dauerten an bis zur Fruchtausstoßung. War im Laufe von ca. 1 Stunde nicht die erwünschte Wehentätigkeit da, so wurden nochmals 1-2-3 mal ½ ccm Pituglandol gegeben, auch in Abwechslung mit Physormon. In der Mehrzahl der Fälle wurden Foetus und Plazenta kurz nacheinander ausgestoßen. Wo dies nicht der Fall und sich die Geburt der Plazenta über Stunden hinauszog, erfolgte nochmalige Pituglandol-Physormongabe mit dem erstrebten guten Endresultat. 31% Fälle reagierten negativ (s. Fall 3, 37, 46 u. 52). In Fall 1 kam es zur Ausstoßung von Foetus ohne Plazenta. Durch mehrfache Pituglandolgabe konnte nichts erreicht werden, so daß man sich zur Ausräumung entschloß. Fall 2 mußte per laparotomiam sofort beendet werden, da eine foudroyante Peritonitis vorlag. In Fall 3 u. 4 Ausstoßung von Foetus ohne Plazenta. Letztere konnte digital leicht ausgeräumt werden (s. Fall 46 u. 52).

Die besten Erfolge sind zu verzeichnen bei incompletus I (Retention der Plazenta). In 81% wurde die Plazenta prompt geboren (s. Fall 1, 6, 9, 11, 12, 18, 20, 25, 35, 44, 47, 48 u. 50). In 2 Fällen, die anfangs hartnäckig der Chinintherapie widerstanden, erzielte man die Ausstoßung erst durch einen zweiten Chininstoß (s. Fall 12 u. 44). Bei den insgesamt nur 3 negativ reagierenden Fällen ist noch einer, bei dem aus letaler Indikation heraus die Ausräumung vorgenommen werden mußte (s. Fall 13). In 2 Fällen versagte die Therapie (s. Fall 39 u. 42).

Bei abortus incompletus II (Abort mit Retention von Plazentarresten) versagte die Chinintherapie vollkommen. Von insgesamt 16 Fällen von abortus incompletus II war nicht einer dem

Chininstoß zugänglich zu machen, ein negatives Resultat von 100% (s. Fall 4, 15, 16, 17, 26, 27, 28, 30, 32, 33, 36, 38, 40, 41, 43 u. 45).

Es ist die Tatsache des Chininversagens bei incompletus II im Jahre 1923 von der Klinik Winter schon einmal erwähnt worden, und wir können sie vollkommen bestätigen. Sämtliche Fälle wurden ausgeräumt.

Ernste Nebenerscheinungen oder schwere Chininschäden hat man nicht feststellen können. Von den gesamten 53 Fällen wurden häufig Schwindelanfälle, Ohrensausen und gewisse Unruhe wahrgenommen. Nach Verlauf weniger Minuten waren die Erscheinungen jedoch verschwunden. Bei einem Fall entstand nach der Injektion eine ausgedehnte Infiltration am Oberschenkel, die lange Zeit aller Behandlung trotzte. Es war dies eine immerhin recht unangenehme Komplikation, kann aber mit ihrer Häufigkeit von 2% nicht gegen das Verfahren sprechen.

Das Fieber fiel bald nach Entleerung des Uterus auf seine normale Höhe, aber nie klang es vorher ab, ein Beweis dafür, daß nicht das Chinin selbst fieberherabsetzend wirkt, sondern erst die dadurch erzielte Beendigung der Gravidität. Die Blutung sistierte fast regelmäßig nach Ausstoßung der Frucht. In einigen Fällen zeigte sich anfangs eine ganz geringe Nachblutung, die im Laufe von 2—3 Tagen vollkommen schwand. Als Nachbehandlung wurden Secacornin und Eisblase gegeben. In den Fällen von geringer Nachblutung wurde die Secacorningabe entsprechend vermehrt.

Chinin wirkt nur auf einen in Wehenbereitschaft befindlichen Uterus. Man gab daher erst Pituglandol, um die Wehentätigkeit anzuregen. Diese Tatsache erhellt, daß Chinin machtlos ist als Provokationsmittel zur normalen Aborteinleitung.

Bei den auf Chinin negativ reagierenden Fällen wurde die digitale Ausräumung vorgenommen, nachdem der Patient 3 Tage fieberfrei war. Es zeigte sich dabei, daß der Muttermund in 80% stark erweitert, für einen Zeigefinger durchgängig war. Auch sonst war das Gewebe nachgiebig und leicht dehnbar. Man brauchte daher in der Mehrzahl der Fälle überhaupt nicht zu dilatieren; bei den übrigen ging die Dilatation relativ leicht und schnell vonstatten. Nur einmal wurde ein Laminariastift eingelegt.

Von verschiedenen Autoren wird behauptet, daß häufig starke Blutungen auf die Chinindarreichungen eintreten. Diese Feststellung konnte an unserem Material nur dreimal gemacht werden (6%, s. Fall 3, 4 u. 34).

Zusammenfassung.

Fasse ich die an der Gießener Klinik gemachten Erfahrungen kurz zusammen, so ergibt sich:

I. Mit dem Chininstoß wurden bei abortus febrilis incipiens, Abort im Gange und abortus incompletus I (Plazenta-Retention) sehr gute Erfolge erzielt, so daß man ihn empfehlen kann. Die Anwendungsweise ist: Einleitung mit Pituglandol, viermal 0,5 ccm in halbstündigen Intervallen, dann Chininstoß: 0,5 per os, 0,5 intravenös, 0,5 intramuskulär, evtl. darauffolgend nochmals Pituglandol und Physormon. Es folgte meist prompte Ausstoßung der Frucht und Plazenta. Das Fieber fällt zur Norm ab. Nachblutungen sind selten und von geringer Stärke. Das weitere Befinden der Patienten war stets gut.

II. Bei abortus incompletus II (Retention von Plazentarresten) erzielte man scheinbar ein negatives Resultat von 100%. Die Plazentarfetzen wurden auf Chinin in keinem Falle ausgestoßen, trotzdem empfiehlt es sich, auch hier den Chininstoß anzuwenden. Bei den unzuverlässigen Angaben der Patienten kann es sich zunächst doch um eine Retention der ganzen Plazenta handeln, so daß die Wahrscheinlichkeit für den Erfolg von vornherein gegeben ist. Handelt es sich in der Tat um Plazentarfetzen, so hat man nicht geschadet, hat aber noch den Nutzen davon, die Ausräumung vorbereitet zu haben durch die leichte Dehnbarkeit des Gewebes nach Chiningaben.

III. Ernste Schädigungen des Chinins auf den Organismus wurden nicht beobachtet. Stärkere Blutungen waren selten.

Nachfolgend eine Kasuistik von 53 Fällen von abortus febrilis, die mit Chininstoß behandelt wurden:

Fall 1. 350/29. S. F. Abort mens 3—4, incompletus I (Retentio placentae). Pat. wird am 3. VI. eingewiesen. Geringe Wehen, Blutung. Foetus am 3. VI. früh abgegangen. 3. VI. nachm. 0,5 ccm Pituglandol; 4. VI. Wehen sistieren völlig. Daher am selben Tage Chininstoß, je 0.5 ccm p o., 0,5 ccm i.v., 0,5 ccm i.m. Wird gut vertragen. 1 Stunde später ziehende Rückenschmerzen. Nach zweimal 0,5 ccm Pituglandol in ½stündigem Abstand ohne daß Pat. besondere Wehen verspürt hätte, Abgang des Eisackes beim Wasserlassen. Eisack erscheint vollständig. Blutung steht. 2 ccm Secacornin, Eisblase, nachm. 6h geht nochmals bei Hustenstößen ein Blutcoagulum mit kleinen Plazentarbröckeln ab. Keine Nachblutung, kein Fieber.

Fall 2. 145/29. K. K. Abort im Gange mens 3—4. 5. III. 7,30h. Pat. wird nach Aufnahme in die Klinik auf Station gelagert. Nach Angabe der Pat. bestehen seit 3 Tagen leichte Blutungen, seit heute morgen 6h sind die Blu-

tungen sehr stark geworden und sind wehenartige Schmerzen aufgetreten. Bei der Untersuchung in der Poliklinik gehen mehrere Blutcoagula ab, dann keine weiteren Blutungen. Pat. ziemlich anämisch. Mit Erhaltung der Gravidität nicht mehr zu rechnen. Da keine starke Blutung zu raschem Eingreifen zwingt, erfolgt Chininstoß in üblicher Weise. 0,5 ccm i.v., 0,5 ccm i.m., 0,5 ccm p.o., dann 3 mal 0,5 ccm Pituglandol. 5. III. 8^h. Es treten Wehen auf. 11^h Ausstoßung eines 3—4 Monate alten Foetus mit Plazenta. Keine Blutung, kein Fieber. 2,0 Secacornin.

Fall 3. 132/29. L. S. Abort im Gange, mens 3—4. Da Pat. nach längerer Beobachtung und konservativer Behandlung stark blutet und Temperatur dauernd erhöht ist, Chininstoß in typischer Weise. 5. III. $12{,}30^h$ Chininstoß. Von 13^h ab 4 mal 0,5 ccm Pituglandol, in Abständen von ½ Stunde. Es treten regelmäßige Wehen ein. 19^h erhält Pat. nochmals 0,5 Pit. Wehen gut, keine Blutung. $20{,}30^h$ Ausstoßung des Foetus. Plazenta sitzt fest, mäßige Blutung. Pat. erhält nochmals 0,5 Pit. Plazenta folgt jedoch nicht. Stärkere Blutung. Deshalb wird $21{,}30^h$ die Ausräumung vorgenommen. Cervikalkanal für einen Finger gut durchgängig. Digitallösung der an der Vorderwand sitzenden Plazenta, anschließend Abrasio mit stumpfer Cürette. Entfernung mehrerer Plazentarfetzen. 2 ccm Secacornin. Befinden gut.

Fall 4. 109/29. E. W. Abortus incompl. febril. II. mens 2—3. Da nur Blutcoagula abgegangen, aber keine Frucht, zunächst abwartendes Verhalten, sucht Pat. die Klinik auf. 27. I. Temperatur 37,8. 0,5 ccm Pit. 29. I. 4 mal 0,5 ccm Pit. ohne Erfolg. Immer Temperatur. Nachmittags Chininstoß in typischer Weise. Danach ganze Nacht Wehen. Abgang von Blutcoagula, aber keine Eiausstoßung, starke Blutung weiterhin (16 Vorlagen), aber nicht lebensbedrohend. Daher in Rücksicht auf die Temperatur Unterstützen der natürlichen Körperkräfte mit Wehenmitteln. Kein Erfolg. Nur Blutcoagula. Infolge allzuvielen Blutverlustes (blaues Aussehen) und immer größer werdender Schwäche: instrumentelle Ausräumung. M.M. für einen Finger durchgängig. Kein Foetus gefunden. Sicher intra muros abgegangen. Pat. übersteht den Eingriff gut. Keine Temperatur.

Fall 5. 73/29. E. S. Abortus febril. im Gange. mens 4—5. Pat. 29. I. 21^h eingeliefert. Mit Nabelschnurvorfall, frühzeitigem Blasensprung. Keine Wehen. Temperaturerhöhung. Zur Vermeidung einer aufsteigenden Infektion wird versucht, die Wehen zu beschleunigen. 5 mal 0.5 ccm Pit., später 1,0 Pit. Nur leichte Wehen erfolgen darauf. 30. I. Da mit den bisherigen Mitteln kein Erfolg, Pit. 0,5 und Physormon 0,7 insgesamt 5 Injektionen, so folgt Chininstoß, $10{,}03^h$. Danach Einsetzen kräftiger Wehen. $12{,}20^h$ Ausstoßen des Foetus. $1{,}30^h$ Plazenta bislang nicht ausgestoßen, deshalb nochmals 1,0 Pit. 2^h Ausstoßung der Plazenta. Täglich 3 mal 20 gtt. Secac., Eisblase. Weiteres Befinden gut.

Fall 6. 40/29. M. S. Abortus incompletus I. mens 3—4. Pat. eingewiesen wegen Blutungen. Nachdem am 16. I. ein Foetus abgegangen war, um 15^h Chininstoß. $15{,}30^h$. Es wird in Abständen von ½ Stunde 0,5 ccm Pit., im ganzen 2 ccm verabfolgt. Danach öfters schmerzhafte Kontraktionen des Uterus. $19{,}10^h$ Plazenta wird spontan ausgestoßen. Ist in allen Teilen vollständig. Keine Blutung. Pat. erhält 2 ccm Secac. und Eisblase. Weiteres Befinden gut.

Fall 7. 31/29. E. M. Abortus febril. im Gange. mens 5. Pat. eingewiesen mit Blutungen und Schmerzen. Temperatur am 10. I. 38°. Aus der Vulva hängt die nicht pulsierende Nabelschnur. Geringe Blutung. 10. I. Chininstoß. Danach gute Wehentätigkeit. 14,30h Ausstoßung des Foetus. Plazenta ist zurückgeblieben. Geringer Blutabgang. Pat. erhält darum 1,0 Pit. 14,45h Ausstoßung der Plazenta. Selbige ist zerfetzt, jedoch läßt sich ein größerer Defekt nicht nachweisen. Eihäute fehlen. Es wird jedoch angenommen, daß sie schon vorher ausgestoßen wurden. 2 ccm Secac. Danach gute Kontraktion. Keine weitere Blutung. Temperatur nach Ausstoßung der Plazenta 39,2°. 20 ccm Argochrom i.v. 11. I. Temperatur 36,4°. Puls 76. Befinden gut.

Fall 8. 121/28. M. D. Abortus incipiens. mens 5. Pat. kommt am 20. II. in die Klinik wegen geringer, aber nicht aufhörender Blutung. Gibt als Ursache an, daß sie auf das Gesäß gefallen sei. 20. II. Tinct. opii. Bettruhe 23. II. nur noch geringe bräunliche Sekretion. 27. II. versuchsweises Aufstehen. Stärkere Blutung. Da die Überzeugung besteht, daß Frucht nicht mehr zu halten, so wird am 1. III. 6 mal 0,5 ccm Pit. gegeben, ohne Wehenerfolg. 2. III. Chininstoß. Zunächst kein Erfolg. Geringe Blutung. Physormon neunmal 0,3 in Abständen von 1 Stunde. Starke Wehen. Trotzdem noch 0,5 Chinin i.m. und 0,5 p.o. Wehen alle drei Minuten lang. Lagerung auf dem Kreissaal um 20,15h. 21h lebender Foetus geboren. Bald darauf Plazenta mit Eihäuten. Befinden gut.

Fall 9. 296/28. E. D. Abortus febrilis, incompl. I. mens 3—4. Pat. kommt 28. V. mit Blutungen. Erhöhte Temp. Trotz Pantopon kommen die Wehen nicht zum Stillstand, verstärken sich vielmehr derart, daß nach lebhafter Wehentätigkeit um 4h morgens der Foetus (ohne Plazenta) ausgestoßen wird. Blutung ist gering. Chininstoß. Plazenta folgt vollständig. 30. V. Temp. unter 37°. Blutungen minimal. 2. VI. Befinden gut.

Fall 10. 311/28. L. B. Abort im Gange. mens 2—3. Pat. am 25. V. in die Klinik. Seit 8 Tagen Blutungen. Tinct. opii ohne Erfolg. 4. VI. Chininstoß. Pat. hat darauf geringe Wehen, die bald wieder nachlassen. Etwas stärkere Blutungen. In stündlichen Abständen Injektion von 1 ccm Pit. i.m. Darauf wieder Wehen, Schmerzen, Blutung. 17h Abgang des ganzen Fruchtsackes. Derselbe zeigt einen kleinen Schlitz am unteren Pol. Die Frucht selbst fehlt. Die Plazenta scheint vollständig zu sein. Blutung steht. 5. VI. 3 mal täglich 15 gtt. Secac. 7. VI. Pat. blutet nicht mehr. Befinden gut.

Fall 11. 349/28. S. F. Abortus incompl. I. mens 4—5. Aufnahme 15. VI. Temp. 38,7°. Als Abort im Gange eingewiesen. Wehen lassen sich nicht nachweisen. Blase ist vor 8 Tagen gesprungen. Seitdem mäßig Blut. Es wird abgewartet. 16. VI. Auf 6 mal 0,5 ccm Pit. subkutan setzen leichte Wehen ein. Am Nachmittag wird eine dem 4.—5. Fetalmonat entsprechende macerierte Frucht geboren. Plazenta folgt nicht. Die Wehen sistieren wieder. Pat. blutet nicht. 17. VI. Chininstoß. Daraufhin Einsetzen guter Wehen, die nach 5 Stunden den ganzen Fruchtsack zum Ausstoßen bringen. Er scheint vollständig zu sein, ist jedoch stellenweise schon zersetzt. Pat. hat unter der Geburt ca. 200 ccm Blut verloren. Blutet jetzt nicht nach. Eisblase. Secac. Weiteres Befinden gut.

Fall 12. 350/28. A. H. Abortus febril. incompl. I. mens 4—5. Aufnahme 12. VI. wegen Blutungen und Fieber. Es wird 3 mal 1 ccm Pit. ge-

geben. Ausstoßung eines 15 cm langen Foetus unter nachhaltiger Blutung. 13. VI. Chininstoß. Ohne Erfolg. 4 mal 0,5 ccm Pit. 14. VI. Blutung nur gering. Auf Pit. keine nennenswerte Wehentätigkeit. Abends Temperaturanstieg auf 38,3°. Ohne Schüttelfrost. Ordination: Argochrom 0,2/20,0 i.v. 15. VI. Auf erneuten Chininstoß wird nachmittags gegen 4h die vollständige, schon etwas übelriechende Plazenta ausgestoßen. Darauf nur geringe Blutung. 2 ccm Secac. i.m. Eisblase. 16. VI. Temperaturabfall. Pat. blutet nur noch wenig. Eisblase. Secac. Weiteres Befinden gut.

Fall 13. 390/28. L. S. Abortus incompl. I. mens 3. Aufnahme 4. VII. als Abortus imminens. 5. VII. nachm. Abgang eines leicht macerierten Foetus. Nach 3 Stunden Abwarten 6 mal 0,5 ccm Pit. Leichte Kontraktion. Wenig Blut. 6. VII. Pat. blutet nicht. Solvochin morgens und abends je 2 ccm Physormon. Kein Erfolg. 7. VII. Chininstoß. typ. je 0,5 i.v., 0,5 i.m., 0,5 p.o. (letzteres $^3/_4$ St. später wegen Alter). Geringe Wehen. Auf mittags zugesetzte 4 mal 0,5 Pit. verstärkt. Zunehmender Blutabgang. 16,30h plötzlich Abgang größerer Coagula beim Pressen. Pat. wird blaß. Puls 120, wird kleiner. Ausräumung aus letaler Indikation. Explorat.: Cervicalkanal kleinfingerdurchgängig. Ausräumung. 12. VII. noch subfebrile Temperaturen. 21. VII. fieberfrei. Befinden gut.

Fall 14. 431/28. E. P. Abortus incipiens. mens 3—. Aufnahme 25. VII. wegen Blutung. 25. u. 26. VII. konservative Behandlung. Tinct. opii. Pantopon. Fieber 37,8°. Puls 100. 26. VII. Gegen Abend Einsetzen verstärkter wehenartiger Schmerzen. 1 ccm Pantopon. Geringe Blutung. 27. VII. Pat. erhält 1 ccm Pit. zur Anregung der Wehentätigkeit. Pat. hat darauf wehenartige Kontraktionen, die tagsüber anhalten, jedoch keine Entleerung des Uterus bewirken. 19h Chininstoß. 21h Ausstoßen des Foetus in geschlossenem Eisack. 21,35h folgte die Plazenta vollständig. 1 ccm Secac. 31. VII. In den nächsten Tagen noch ganz geringe Blutung, die auf Secac. und Eisblase steht. Befinden gut.

Fall 15. 436/28. C. W. Abortus incompletus II. mens 3. Aufnahme 31. VI. (Blutungen ganz plötzlich seit 2 Tagen, kommt daher in die Klinik.) 2. VII. Chininstoß. Pat. hat daraufhin keinerlei Blutungen. Keine Beschwerden. 3. VII. Ausräumung. Digital. Plazentarreste reichlich vorhanden. Weiteres Befinden gut.

Fall 16. 442/28. E. L. Abortus incompletus II. mens 2—3. Aufnahme 13. VI. wegen Blutung. 14. VI. Bettruhe, 3 mal 10 gtt. Extr. Viburn + Tinct. opii. 18. VI. Pat. blutet noch immer. Erhält Chininstoß, dazu 3 mal 1 ccm Pit. Trotzdem kommt es nicht zur Wehentätigkeit. 21. VI. Da Pat. ständig weiter blutet, heute Ausräumung. M.M. für eine Fingerkuppe geöffnet. 23. VI. geringe Blutung. 24. VI. keine Blutung. Befinden gut. Bei Ausräumung fanden sich reichlich Plazentarreste.

Fall 17. 497/28. E. W. Abortus incompl. II. mens 3—4. Aufnahme 29. VIII. wegen Schmerzen im Unterleib. Gelblicher Ausfluß. 1 ccm Pantopon. Bettruhe. Pat. verheimlicht abends und in der Nacht einsetzende lebhafte Wehentätigkeit. Gegen Morgen geht der Foetus spontan ab. 30. VIII. Vaginale Exploration ergibt, daß die Plazenta zur Hälfte schon in die Scheide geboren ist, Blutung ganz gering. Es wird jedoch trotz normaler Temperatur mit Rücksicht auf die Möglichkeit eines vorangegangenen kriminellen, unsauberen Eingriffes

von einer sofortigen Ausräumung abgesehen und versucht, durch Wehenmittel die völlige Ausstoßung der Plazenta zu erreichen. 30. VIII. Chininstoß. Darauf 6 mal 0,5 ccm Pit. Da der Uterus auf Wehenmittel nicht anspricht, die Plazenta halb in die Scheide geboren ist, im übrigen aber bei fingerdurchgängigem Cervikalkanal festhaftend vorgefunden wird, Ausräumung. Digitale Lösung. Befinden gut.

Fall 18. 502/28. E. W. Abortus incompl. I. mens 4. Aufnahme 2. IX. wegen Schüttelfrost. Hitzegefühl nach versuchter Abtreibung mit Mutterspritze. 2. IX. Pat. erhält Cardiazol wegen des sehr elenden Pulses. Puls erholt sich. 3. IX. morgens 7,10^h Spontan-Ausstoßung eines 12 cm langen Foetus. Der Foetide riecht. 9,10^h. Zur Ausstoßung der festsitzenden Plazenta 0,5 ccm Pit. 10,10^h und 11,10^h je 1 ccm Pit. Es werden geringe Wehen gefühlt, doch sonst kein Erfolg. Deshalb 12,30^h Chininstoß in üblicher Weise. 17,30^h 1 ccm Pit. 20,15^h Spontan-Ausstoßung der vollständigen Plazenta mit Eihäuten. 20,25^h 2,0 ccm Secac. Pat. blutet nicht nach. Befinden gut.

Fall 19. 515/28. E. W. Abortus im Gange. mens 4—5. Aufnahme 4. IX. Pat. hat leichte ziehende Schmerzen. Übelriechendes Fruchtwasser geht ab. Keine Blutung. Erhöhte Temperatur. 5. IX. Da der Abort nicht mehr aufzuhalten ist, Chininstoß. Wehen werden regelmäßig und stärker. 12^h Ausstoßung des Foetus mit Eihäuten und Plazenta. Letztere ist vollständig. 0,5 ccm Pit. Später wegen geringer Blutung 1 ccm Secac. Blutung hört auf. Befinden gut.

Fall 20. 547/28. L. H. Abortus incompl. I. mens 3—4. Aufnahme 30. IX. Pat. hatte während der Schwangerschaft wiederholte leichtere Blutungen. Am 29. IX. stärkere Blutung. Kommt deshalb in die Klinik. Da die Cervix für 3 Finger durchgängig ist, die Plazenta vorliegt, ist an ein Aufhalten des Abortus nicht zu denken. Daher 4 mal 0,5 ccm Pit. in halbstündigem Abstand. Dann Chinin 0,2 per os, 4 mal in halbstündigem Abstand. 1. X. Noch immer leichte Blutung. Temperatur. Da auf Pit. und Chinin keine Ausstoßung der Frucht erfolgt, typischer Chininstoß. Darauf leichte Wehen, die durch Verabreichung von Pit. verstärkt werden. Spontan-Ausstoßung von Plazenta und Eihäuten Foetus fehlt. Anscheinend zu Hause bereits abgegangen. Befinden gut.

Fall 21. 550/28. A. P. Abortus febrilis incipiens. mens 4. Aufnahme 24. IX. (Seit 10 Tagen wiederholte Blutungen mit Schmerzen, am 22. IX. Temp., Wehen.) 24. IX. Da die Anämie gering, Blutung wenig, wird zur Zeit wegen der erhöhten Temp. von einer Ausräumung abgesehen. Statt dessen Chininstoß. Pit. 2 mal 1 ccm. 2 mal 0,5 ccm in halbstündigen Abständen. Die schon ohnedies recht gute Wehentätigkeit wird hiermit noch verstärkt. 5^h Spontan-Ausstoßung des ganzen Eies mit Plazenta und geschlossenen Eihäuten. Minimale Nachblutung. 2 ccm Secac. Eisblase. Temp. geht auf 36,8 herunter. Argochrom 0,2/20,0 i.v. prophylaktisch. 3 mal täglich Secac. Befinden gut.

Fall 22. 559/28. P. S. Abortus incipiens. mens 2—3. Aufnahme 16. IX. (Anschließend an eine Scheidenspülung leichte Blutung.) Da Abort nicht zu halten, Chininstoß in üblicher Weise. Kein Erfolg. Keine Wehen. Auch auf Pit. keine Wehen. Ausräumung. Digitale Lösung des Eies. Befinden gut.

Fall 23. 580/28. A. B. Abortus incipiens. mens 3. Aufnahme 8. X. (Pat. klagt seit längerem über Blutungen.) Konservative Behandlung. Abort

nicht zu halten, da Pat. ständig weiterblutet. 14. X. Chininstoß. Darauf Spontan-Ausstoßung der gesamten Frucht. Secac. Eisblase. 21. X. Pat. blutet nicht mehr.

Fall 24. 591/28. L. B. Abortus incipiens. mens 2—3. Aufnahme 24. X. (Dauernde Blutungen, Temp.) 24. X. Pat. klagt über wehenartige Schmerzen. 25. X. 2 mal 20 gtt. Tinct. opii und Extract. Viburnum. Mäßige Blutung. 29. X. Weiterer dauernder Blutabgang. 31. X. Chininstoß. Da erfolglos, nach 3 Stunden 4 mal 0,5 ccm Pit. in halbstündigem Abstande. Keine erhöhte Wehentätigkeit. 2. X. Ausräumung. Foetus + Plazenta. Dilatation des Hegar 21 ohne Schwierigkeiten. Weiteres Befinden gut.

Fall 25. 623/28. E. R. Abortus incompl. I. mens 3. Aufnahme 24. X. Blutung. Temp. 38,5. 24. X. Pit. Pituitrin, Solvochin. Pat. verspürt nur leichtes Ziehen im Leib. Geringe Blutung. 25. X. Temp. normal. 26. X. leichte Wehen. Es wird ein 4 cm langer Foetus ausgestoßen. Chininstoß und 4 mal 0,5 ccm Pit. Verstärkte Wehen, doch wird der Decidualsack nicht ausgestoßen. Geringe Blutung. 27. X. Weiterhin Pituglandol und Pituitrin. 28. X. Der vollständig erscheinende Decidualsack wird geboren. Danach keine Wehen und keine Blutungen mehr. In den nächsten Tagen Secale (3 mal 15 gtt.). Weiteres Befinden gut.

Fall 26. 639/28. F. S. Abortus incompl. II. Aufnahme 16. XI. wegen geringer Blutungen. 19. XI. Chininstoß in üblicher Weise. Pit. 3 mal 0,3 in halbstündigem Abstand. Kein Erfolg. 20. XI. Da Chininstoß ohne Erfolg, Ausräumung. M.M. geschlossen. Dilatation des Hegar 14 unter Überwindung eines heftigen Widerstandes. Abrasio fördert mehrere große Plazentarbröckel heraus. Einsetzen einer außerordentlich starken Blutung. 1 ccm Pit. i.v. ohne Erfolg. Uterus-Tamponade. 2 ccm Secac. Uterus-Tamponade nach 6 Stunden entfernt. Uterus gut kontrahiert. Keine Nachblutung. Befinden gut.

Fall 27. 637/28. E. S. Abortus incompl. II. Aufnahme 10. XI. (Blutung mit Klumpen und Gewebsteilen. Wehenartige Schmerzen.) Tinct. opii, Extract. Viburn. 13. XI. Pat. blutet weiter. 4 mal 0,5 ccm Pit. in halbstündigen Abständen. Später nochmals 1 ccm Pit. ohne Erfolg. Mäßige Wehentätigkeit. 14. XI. Chininstoß. Keine Reaktion. 15. XI. 3 mal 1 ccm Pit. ohne Erfolg. 16. XI. Chininstoß zum 2. Male, auch erfolglos. 19. XI. Ausräumung. Dilatation des Hegar 8,5. Abrasio liefert mäßiges Schleimhautmaterial. Plazentarreste. Secac. 20. XI. Befinden gut. Geringe Blutung. 22. XI. Keine Blutung mehr.

Fall 28. 657/28. M. R. Abortus febrilis incompl. II. mens 3. Aufnahme 17. X. (Seit 16. X. mittelstarke Blutungen.) 18. X. Chininstoß. 2 mal 0,3 Pit. in Abständen von einer $^3/_4$ Stunde und 3 mal 0.5 ccm Pit. i.m. Es treten weder Wehen auf noch bemerkt man das Ingangkommen des Abort. Pat. blutet nur wenig. 19. X. morgens Temp. 39°. Es wird Argochrom gegeben. 20. X. Man versucht nochmals, die Fehlgeburt zu beenden. 1 ccm Solvochin i.m. 0,5 u. 1,0 ccm Pituitrin. Caseosan-Serie i.v. 21. X. abends Temp. 39,2. Argochrom. 22. X. 3. Versuch zur Beendigung der Fehlgeburt. Ausstoßung eines organisierten, glattwandigen Decidualfetzens. 3 mal 20 gtt. Secac. Eisblase. Keine Blutungen. Keine Temp. Am linken Oberschenkel ist eine ziemlich ausgedehnte Infiltration entstanden, die von der Chinininjektion herrührt. Es werden Alkoholverbände verordnet.

Fall 29. 717/28. H. M. Abortus im Gange. mens 5. Aufnahme 4. XII. (Blutung, Schmerzen.) Tinct. opii. 5. XII. Da der Abort bereits im Gange ist, 12,15^h Chininstoß. 12,40^h kräftige Wehen, die aber bald nachlassen. 1 ccm Pit. 15,10^h Ausstoßung eines Foetus. 15,40^h 1 ccm Pit. 15,50^h Ausstoßung von Plazenta und Eihäuten. Keine Nachblutung. Befinden gut.

Fall 30. 121/27. M. W. Abortus incompl. II. mens 2. Aufnahme 4. II. (Blutungen, Temp.) Chininstoß, 2 mal 1 ccm Pit. ohne Erfolg. 8. II. Da Pat., seit sie hier ist und auf Wehenmittel nicht reagiert, Ausräumung. Plazentarfetzen.

Fall 31. 185/27. H. W. Abortus febrilis incipiens. mens 4—5. Aufnahme 10. III. (Blutungen, leichtes Fieber.) Chininstoß. Schwindel und leicht rauschartiger Zustand nach der Injektion. 11. III. nachts 2^h geht nach guten Wehen das Ei in toto ab. Temp. 39,9. Secac. 12. III. Befinden gut. Kein Fieber. Keine Blutungen.

Fall 32. 194/27. A. W. Abortus incompl. II. mens 3—4. Aufnahme 12. III. (Seit Tagen blutiger Ausfluß. Gestern morgen starke Blutung.) 12. III. Chininstoß in üblicher Weise, ohne Erfolg. Keine Wehen. Keine Blutung. 14. III. dauernd leichte Blutung. Ausräumung. Dilatation gelingt leicht bis Hegar 25. Manuelle Entfernung von Plazentarfetzen. Pat. übersteht den Eingriff gut.

Fall 33. 352/27. M. W. Abortus incompl. II. mens 3—4. Aufnahme 4. III. (Seit 16 Tagen andauernd Blutungen, am 3. VI. stärker, am 4. VI. größeres Blutcoagulum.) 4. VI. Bettruhe. Blutung hält an. Chininstoß in üblicher Weise. 5. VI. früh wird unter lebhafter Wehentätigkeit ein walnußgroßer Plazentarfetzen ausgestoßen. Die Blutung hält trotzdem weiter an. Die Wehen lassen ganz nach. 6. VI. Ausräumung. Dilatation gelingt leicht bis Hegar 19. Digitale Lösung der im Fundus sitzenden Plazentarreste. Nachfahren mit großer stumpfer Curette. Blutung steht. Befinden gut.

Fall 34. 459/27. J. H. Abortus im Gange. Aufnahme 29. VII. (Blutungen, Schmerzen.) 30. VII. Da gestrige Abendtemp. 37,5 betrug und im Cervikalabstrich Staphylokokken gefunden wurden, wurde von einer Ausräumung Abstand genommen; statt dessen heute Chininstoß. Blutung mittelstark. Zeitweise Wehen von mittlerer Stärke. 31. VII. Während des ganzen Tages wehenartige Schmerzen von wechselnder Stärke, gegen Abend Frucht-Ausstoßung, Blutung unverändert. 1. VIII. Da die Plazenta noch nicht ausgestoßen und noch immer mäßige Blutung vorhanden, 3 mal 1 ccm Pit. in halbstündigem Abstand. 2. VIII. Wegen bestehender Temp. Caseosan. 3. VIII. Am Morgen unter mäßig starker Blutung Ausstoßung der vollständigen Plazenta. 3 mal 20 gtt. Secac. 6. VIII. Normale Temp. Keine Blutungen. Befinden gut.

Fall 35. 543/27. H. R. Abortus incompl. I. mens 2—3. Aufnahme 19. IX. (Seit gestern Schmerzen und Blutungen, Abgang großer Klumpen.) 19. XI. Sofort nach Aufnahme Chininstoß, ohne Erfolg. 20. IX. Heute mittag entleert sich auf 1 ccm Pit. unter mäßiger Blutung der Uterus. Ausgestoßen wird eine matschige Plazenta. Vom Foetus wird nichts gefunden. Keine Nachblutung. 21. XI. Auf Caseosan wird die leicht unruhige Temp. normal. Keine Blutung. Befinden gut.

Fall 36. 553/27. M.F. Abortus febrilis incompl. II. mens 2—3. Aufnahme 29. IX. (Vor 3 Tagen nach Spülung mit Mutterrohr Blutung, ziehende Schmerzen. Temperatursteigerung auf 38,9 unter Frösteln.) Chininstoß. Pit. Kein Erfolg. 1. X. Ausräumung. M.M. für einen Finger gut durchgängig. Plazentarbrocken. Argochrom. Keine Blutung. Keine Temperatursteigerung mehr. Befinden gut.

Fall 37. 619/27. E.D. Abortus febrilis im Gange. mens 2. Aufnahme 3. XI. (Blutung nach Überheben beim Waschen. Mittwoch starke Wehen ohne Blutung. Jedoch Fiebergefühl und Schüttelfrost. Heute auch starke Blutung. Klumpen.) 3. XI. Wegen hoher Temp. Argochrom. Pit. 0,5 in halbstündigem Abstand. 4. XI. Chininstoß. Kein Erfolg. Blutung gering. 6. XI. Temp. 39,1. Wiederholtes Erbrechen. Profuse Durchfälle. Sehr hohe Temp. Schlechter Puls. Leib gespannt. Foudroyante Peritonitis. Laparotomie. Exitus.

Fall 38. 641/27. W.W. Abortus febrilis incompl. II. mens 3—4. Aufnahme 3. XI. (Blutungen mit zeitweiliger Unterbrechung.) 3. XI. Piduglantolstoß. 4 mal 0,5 ccm in halbstündigem Abstand. 4. XI. Chininstoß, ohne Erfolg. 5. XI. Blutung nur noch geringfügig. Keine Wehen. Temp. fällt ab. Caseosan. Eisbeutel. Secac. 9. XI. Abrasio. Ohne Schwierigkeit Dilatation bis Hegar 20. Nur noch einige Rauhigkeiten in utero. Secac. Befinden gut.

Fall 39. 728/27. M.B. Abortus febrilis incompl. I. mens 3—4. Aufnahme 15. XII. (Vor 6 Wochen geringe Blutungen. Heute stärker.) Temp. 38°. 17. XII. Temp. normal. Blutung gering. Tinct. opii. 22. XII. Pat. blutet seit dem 17. XII. nicht mehr. Es geht aber immer eine geringe Menge einer bräunlichen Flüssigkeit ab. 23. XII. Exploration. M.M. für einen halben Finger durchgängig. 27. XII. Zur Weheneinleitung erhält Pat. 5 mal 1,0 Pit. mit 0,5 Physormon in halbstündigen Abständen. Keine Wehen. Keine stärkeren Blutungen. 28. XII. Chininstoß bleibt ohne Erfolg. 29. XII. Ausräumung. Cervikalkanal ist gut für einen Zeigefinger durchgängig. Plazenta wird gelöst.

Fall 40. 591/24. E.S. Abortus febrilis incompl. II. Aufnahme 23. XI. (Temp. 37,8. Lues II°.) 23. XI. Abwarten des Spontanabortes wegen der Temperatursteigerung. 24. XII.. Temp. fällt morgens ab, steigt abends wieder auf 37,8°. Zur Vermeidung einer aufsteigenden Infektion Wehenmittel. 3 mal 1 ccm Pit. in Abständen von 45 Minuten. 25. XII. Chininstoß. Keine Wehen. 26. XII. Keine Wehen. Ohne Fieber. Dermatologe stellt die Diagnose: luetisches Exanthem. 30. XII. Da 4 Tage afebril, folgt Ausräumung. Os. ext. für einen Finger durchgängig.

Fall 41. 212/25. K.P. Abortus febrilis incompl. II. mens 2—3. Aufnahme 3. III. (Anfang Februar starke Blutung. Schleimabgang. Stücke. Seither immer leichte Blutung.) 5. III. Tinct. opii simplex und Tinct. Viburn. 7. III. Blutung hat aufgehört. 9. III. Plötzlich Schüttelfrost und Kopf- sowie Leibschmerz. Argochrom. 10. III. Temp. normal. Caseosan. 12. III. wieder Schüttelfrost. Temp. 38,7. Caseosan. 14. III. Pat. fühlt sich wohler. Keine Blutung. Temp. normal. 16. III. Pat. fängt seit gestern wieder an zu bluten. Es gehen kleine Fetzen ab. 18. III. Chininstoß. Gute Wehen. Ausstoßung von Plazentarteilen. 19. III. Ausräumung. Leichte Dilatation bis Hegar 18. Starke Blutung. Reichlich Plazentarteile. Stärkere Nachblutung. 3 mal 1 ccm Secac. 21. III. Pat. blutet wenig. 3 mal täglich 20 gtt. Secac. 23. III. Keine Blutung. Befinden gut.

Fall 42. 214/25. S. F. Abortus incompl. I. mens 3. Aufnahme 3. IV. (Seit Januar dauernd leichte Blutungen, jetzt stärker. Stücke abgegangen.) 4. IV. Chininstoß. Im Anschluß daran stündlich 1 ccm Pit. Doch treten keine Wehen auf. 6. IV. Allgemeinbefinden gut. Keine Beschwerden. Keine Blutung. 7. IV. In Äther-Narkose manuelle Lösung der Plazenta. Entfernung kleiner Teile mit Winterscher Abortzange und Cürette. 13. IV. Befinden gut.

Fall 43. 249/25. E. S. Abortus incompl. II. Aufnahme 7. IV. (Vor 4 Wochen Frühgeburt. 14 Tage darauf Blutung. Temp. 37,9.) 8. IV. Secac. 3 mal 20 gtt. Temp. gesunken. Blutung. 9. IV. Blutung noch immer stark. Secac. 3 mal 20 gtt. + 1 ccm Secac. 11. IV. Allgemeinbefinden leidlich. Keine Temp. Noch immer Blutung. 15. IV. Hb. 64,6%. Wegen des starken Absinkens des Hb. Versuch der Uterusentleerung. Chininstoß. 16. IV. Da Chininstoß ohne Erfolg und Blutung noch immer besteht, Ausräumung. Dilatation bis Hegar 19 gelingt leicht. Eingehen mit einem Finger. Plazentarreste. (Es wurde wegen eines bis in die Cervix hineinreichenden Risses nur bis Hegar 19 dilatiert.)

Fall 44. 282/25. H. K. Abortus incompl. I. febrilis. mens 3. Aufnahme 17. IV. (Schmerzen im Leib, Temp.) 17. IV. Pantopon. Aus dem Genitale entleert sich Blut. 18. IV. Reichlicher Blutabgang. Stärkere Wehen. Ausstoßung eines Foetus ohne Plazenta. Pit. 3 mal 1 ccm + 1 mal 2 ccm. Temp. 38°. Argochrom. 19. IV. 15h Chininstoß. 17h 1 ccm Pit. i.v. 20h geht ein Teil der Plazenta ab, eine Ecke fehlt. 2 ccm Secac. subkutan. 20. IV. Auf wiederholtes Secac. gehen weitere Plazentarteile ab. Blutung gering. Nach vaginaler Untersuchung Entfernung einiger aus dem M.M. hängender Gewebsfetzen. 21. IV. Chininstoß. Es geht der Rest von Plazentarfetzen ab. 22. IV. Blutung hat aufgehört. Weiteres Befinden gut.

Fall 45. 551/25. M. F. Abortus incompl. 2. mens 2—3. Aufnahme 26. VIII. (Häufig stärkere Blutungen. Am 26. V. Ausstoßung eines Embryo ohne Plazenta.) 29. VIII. Pat. blutet seit Aufnahme in der Klinik mäßig. Erhält 3 mal 20 gtt. Secac., ohne daß eine stärkere Wehenreaktion und Ausstoßung der Plazenta erfolgt. Chininstoß. Frau reagiert auf die intravenöse Injektion mit leichtem Schwindelgefühl, das sich aber bald wieder verliert. Kein Erfolg. 31. VIII. Digitale Ausräumung. M.M. für einen Finger durchgängig. Plazentarreste.

Fall 46. 576/25. L. K. Abortus im Gange. mens 4—5. Aufnahme 13. X. (Schmerzen, Blutung nach Überheben.) 13. X. Da Abort nicht zu halten, 0,3 Physormon i.m. um 13h. 14h 0,5 Physormon. Wehen. 21h. Da trotz der verschiedenen Physormon-Injektionen die Frucht nicht kam, erfolgt Chininstoß. 22,25h Ausstoßung eines Foetus. Plazenta haftet noch. 14. X. In der Nacht sind einige leichte Wehen eingetreten. Da die Plazenta immer noch haftet und auf 1 ccm Physormon um 9,30h keine stärkeren Wehen auftreten, erfolgt Ausräumung. Dilatation bis Hegar 22 gelingt leicht. Plazenta muß in zwei Teilen gelöst werden, da ein Teil im Tubenwinkel sehr fest saß.

Fall 47. 634/27. E. W. Abortus incompl. I. mens 2—3. Aufnahme 14. XI. (Blutung, subjektives Krankheitsgefühl.) 15. IX. Secac. Eisblase. 16. IX. Wehenartige heftige Schmerzen. Geringer Blutabgang. 17. IX. Da es sich dem Untersuchungsbefund nach offenbar um eine retinierte Plazenta

handelt, 4 mal 1 ccm Pit. im Laufe von 2 Stunden. Kein Erfolg. 18. IX. Chininstoß und Pit. ohne Erfolg. Blutung mäßig. Temp. normal. 19. IX. Auf 3 mal 1 ccm Secac. gegen Abend Ausstoßung der Plazenta vollständig. Blutung minimal.

Fall 48. 685/25. H. S. Abortus incompl. I. mens 3. Aufnahme 20. XI. (Starke Blutung nach Überanstrengung.) Temp. 36,9. 20. XI. Ausstoßung eines Foetus ohne Plazenta. Temp. 38°. Pit. zur Ausstoßung der Plazenta. Kein Erfolg. Eisblase. Am 26. XI. erfolgt Chininstoß. Promptes Einsetzen von Wehen und Ausstoßen der vollständigen Plazenta. Blutung abends nicht mehr erheblich. Secac. Eisblase. Temp. 39,6°. Argochrom. 27. XI. Temp. 37,3°. Caseosan i.v. Secac. Eisblase. 28. XI. Fieber besteht weiter. Endometritis post abortum. Abrasio.

Fall 49. 22/26. A. W. Abortus febrilis im Gange. mens 3—4. Aufnahme 28. XII. (Blutabgang, Blutklumpen, stinkende Massen.) 30. XII. Trotz Pantopon und Opiu blutet Pat. weiter. Temp. 38°. Pit. 2 mal 0,5 und 1 mal 1 ccm. 30. XII. Kein Erfolg. Temp. 39,2°. 9,30h Chininstoß. 11,30h Temp. 36,5. Keine Beschwerden mehr. Lagerung auf dem Kreissaal. 2 mal 0,5 + 1 mal 1 ccm Pit. 4,45h. Beim Einstellen im Speculum zeigt sich, daß die Scheide von der Frucht erfüllt ist. Diese läßt sich durch leichten Zug mit der Kornzange in toto entfernen. Kaum Blutung. 0,5 Synergen. Weiteres Befinden gut.

Fall 50. 227/26. E. F. Abortus febrilis incompl. I. mens 3—4. Aufnahme 5. IV. (Vermehrter Fluor. Seit gestern stärkere Blutung. Schmerzen im Unterleib. Es gehen Stücke ab. Heute starke Blutung.) 5. IV. Pat. bekommt zur Anregung der Wehen Pit. Da daraufhin kein Erfolg, Chininstoß. 6. IV. Da die Plazenta noch nicht ausgestoßen wurde, wird mit dem Spiegel eingestellt und die gelöst in der Cervix liegende Plazenta leicht entfernt. Kleine Blutung. Kein Fieber.

Fall 51. 549/26. M. W. Abortus febrilis im Gange. mens 5—6. Aufnahme 12. IX. (Unregelmäßig starker Fluor. Blutung.) 12. IX. Pat. blutet und hat Schmerzen. 9,40h. Da Abort nicht zu halten, Chininstoß. Bald darauf setzen kräftige Wehen ein, die in kurzen Abständen aufeinanderfolgen. 12,12h Ausstoßung der Frucht. 12,43h Ausstoßung der Plazenta. Keine Nachblutung. Weiteres Befinden gut.

Fall 52. 713/26. K. N. Abortus febrilis im Gange. mens 5—6. Aufnahme 25. XI. (Verschiedentlich starke Blutungen, die bis heute anhalten.) 26. XI. Pat. hat seit der Aufnahme dauernd geblutet. Indiziert ist Chininstoß. Es treten keine Wehen auf. Deshalb werden 2 Stunden später in halbstündigem Abstande 3 mal 1 ccm Pit. und 2 mal 1 ccm Physormon abwechselnd gegeben. 3h. Beginn einer regelmäßigen Wehentätigkeit. 5h Fruchtausstoßung. 6h. Plazenta ist noch nicht ausgestoßen. Pit. 7,10h. Da die Plazenta sich auch auf Druck nicht ausstößt und der Blutverlust bereits 900 g beträgt, wird die manuelle Lösung vorgenommen. Dilatation. Ausräumung der Plazenta.

Fall 53. 462/23. A. S. Abortus incipiens. mens 4—5. Aufnahme 10. IX. (Seit 25. VIII. dauernde Blutungen.) 16. IX. 11h Chininstoß. Leichte Benommenheit. Flimmern vor den Augen. 6h Wehenbeginn. 9,30h Ausstoßung eines Foetus mit Plazenta und Eihäuten. Secac. Befinden gut.

Literatur.

Henrard: Über Chinintherapie bei Abortus febrilis. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie Bd. 63 S. 19.

Jaschke-Pankow: Lehrbuch der Geburtshilfe.

Zum Schlusse möchte ich es nicht versäumen, Herrn Professor Dr. v. Jaschke für die liebenswürdige Überlassung des Materials an seiner Klinik zu danken. Ganz besonderen Dank schulde ich fernerhin Herrn Oberarzt Professor Dr. P. Schumacher, der mir die Anregung zu dieser Arbeit gab und mir mit seinem Rate zur Seite stand.

Lebenslauf.

Ich, Hans Baatz, wurde am 13. September 1906 zu Danzig geboren, kam 1910 nach Stolp in Pomm., wo mein Vater ein Privatkrankenhaus übernahm. 1912—1915 besuchte ich die Vorschule, 1916—1924 das humanistische Gymnasium zu Stolp. S.S. 1925 bis W.S. 1926 studierte ich in Königsberg in Pr. und legte dort zu Schluß des vierten Semesters das Physikum ab. Die folgenden 6 klinischen Semester verbrachte ich wie folgt: S.S. 1927 in München, W.S. 1927 an der Deutschen Universität zu Prag, S.S. und W.S. 1928 in München, S.S. und W.S. 1929 in Gießen.